

Commonwealth of Puerto Rico Employee Information Questionnaire
Cuestionario de Información de los Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Part 1:

Employee Contact Information: Is your name and address, listed above, correct?
Información de Contacto del Empleado: ¿Su nombre y dirección están correctos según aparecen en la sección anterior?

If YES, please skip to Part 2. Si contestó SÍ, pase a la pregunta 3.

If NO, please complete Part 1 (Items 1 and 2) below. Si contestó NO, completar preguntas 1 y 2.

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Employee Name:
Nombre del Empleado: | Maria del Pilar Torres Rivera |
| 2. Employee Address:
Dirección del Empleado: | HC 1 BOX 6234 Yauco P.R 00698 |

Part 2:

Email Address: If you have an email address, please provide it below.
Correo Electrónico: Si tiene una dirección de correo electrónico, por favor proveerla en esta sección.

- | | |
|--|------------------------------|
| 3. Email Address:
Correo Electrónico: | torres.maria 43 @ yahoo .com |
|--|------------------------------|

Part 3:

Demographic Information: Please complete the section below.
Información demográfica: Por favor completar la siguiente sección.

- | | | | |
|---|------------|--|----------|
| 4. Birth Date and Year:
Fecha y Año de Nacimiento: | 27/04/1968 | 5. Gender: Male / Female:
Género: Masculino / Femenino: | Femenino |
|---|------------|--|----------|

Part 4:

Identification information: Please complete the section below.
Información de Identidad: Por favor completar la siguiente sección.

- | | |
|--|---------|
| 6. Last Four Digits of Your Social Security Number:
Los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social: | 1 6 1 5 |
|--|---------|

Part 5:

Employment Information: If you were, or currently are, an employee of any Agency, Department, Public Corporation, Municipality, or other Public Employer of the Commonwealth of Puerto Rico, please provide the following (attach additional pages if necessary):

Información de Empleo: Si usted fue, o actualmente es, empleado de cualquier agencia, departamento, corporación pública, municipio u otro empleador público del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, proporcione lo siguiente (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Employer / Empleador (Identify the Agency, Department, Public Corporation, Municipality, or other Public Employer of the Commonwealth of Puerto Rico) (Identifique la agencia, departamento, corporación pública, municipio u otro empleador público del Estado Libre Asociado de Puerto Rico)	Hire Date(s) Fecha(s) de Contratación	Termination Date(s) (if currently employed by such employer, write "Active") Fecha(s) de terminación (Si está empleado actualmente por ELA, escriba "Activo")
--	--	--

Departamento de la Familia	1/09/1994	activo
----------------------------	-----------	--------

Part 6: Sign

Check the appropriate box:

- ☒ I am the respondent.
☐ I am the respondent's attorney or authorized agent.

Executed on date 07/27/2020 (mm/dd/yyyy)

Maria del Pilar Torres Rivera
Signature

Print the name of the person who is completing and signing this form:

Name Maria del Pilar Torres Rivera
First name Middle name Last name

Maria del Pilar Torres Rivera

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Del Pilar Torres Rivera, Maria	32141	5/25/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Del Pilar Torres Rivera, Maria	32141	5/25/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

MMLID: 711237

EPOC ID: 170328301199945

RECEIVED
MAY 25 P 2:00

Debtor Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule D -- Trade Vendor Obligations as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in an Undetermined amount. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule D -- Obligaciones Comerciales como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto indeterminado. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

MARIA DEL PILAR TORRES RIVERA

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién? _____	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? MARIA DEL PILAR TORRES RIVERA HC 01 BOX 6234 YAUCO PR 00698 Contact phone / Teléfono de contacto Contact email / Correo electrónico de contacto	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) <u>Maria del Pilar Torres Rivera</u> Name / Nombre <u>HC 01 BOX 6234</u> Number / Número Street / Calle <u>Yauco, P.R. 00698</u> City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal <u>787 212-9546</u> Contact phone / Teléfono de contacto <u>torres.maria43@yahoo.com</u> Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) Filed on / Presentada el <u>01-06-1995-01-06-2017</u> (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	<u>2016-05-1340</u> KACE 2014-00045 KAC 2012-1259
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior?	<u>Lic. Ivonne Bonzales Morales</u> <u>Lic. Madelline Acevedo Colon</u>

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/).	<u>Estado Libre Asociado y Departamento de la Familia</u>
7. Do you supply goods and / or services to the government? ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Añote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$	<u>Soy empleada</u> <u>Se desconoce</u>

<p>8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?</p>	<p><u>\$ Se desconoce.</u></p>	<p>Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).</p>
<p>9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?</p>	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"><u>Salario Mínimo Federal</u></p>	
<p>10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</p> <p>Nature of property / Naturaleza del bien:</p> <p><input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos</p> <p><input type="checkbox"/> Other. Describe: _____ Otro. Describir: _____</p> <p>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____</p> <p>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)</p> <p>Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</p> <p>Value of property / Valor del bien: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____</p> <p>Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)</p> <p>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____</p> <p>Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____%</p> <p><input type="checkbox"/> Fixed / Fija</p> <p><input type="checkbox"/> Variable / Variable</p>	
<p>11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____</p>	

12. Is this claim subject to a right of setoff?

☐ No / No

☒ Yes. Identify the property /
Sí. Identifique el bien:

Maternal de Retribucion
Salario Minimo Federal

¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☒ No / No

☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

\$ _____

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:



I am the creditor. / Soy el acreedor.



I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.



I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.



I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 05/24/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Maria del Pilar Lopez Quiroa

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Number / Número

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

Email / Correo electrónico

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). / Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

MMLID: 711237

EPOC ID: 170328301199945

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

Debtor Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule D -- Trade Vendor Obligations as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in an Undetermined amount. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule D -- Obligaciones Comerciales como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto Indeterminado. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quiénes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

MARIA DEL PILAR TORRES RIVERA

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién?	
3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? MARI DEL PILAR TORRES RIVERA HC 01 BOX 6234 YAUCO PR 00698 Contact phone / Teléfono de contacto Contact email / Correo electrónico de contacto	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente) María del Pilar Torres Rivera Name / Nombre HC 01 BOX 6234 Number / Número Street / Calle Yauco P.R. 00698 City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal (787) 212-9546 Contact phone / Teléfono de contacto torres.maria43@yahoo.com Contact email / Correo electrónico de contacto
4. Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) Filed on / Presentada el 01/01/2007 - 01/06/2017 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	Sistema de Retiro
5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior?	

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Estado Libre Asociado y Departamento de la Familia
7. Do you supply goods and / or services to the government? ¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: Soy empleado List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ Se desconoce

8. How much is the claim? ¿Cuál es el importe de la reclamación?	<u>\$ Se desconoce.</u> Does this amount include interest or other charges? ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
9. What is the basis of the claim? ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information. Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica. <u>Aportaciones al Sistema de Retiro</u>
10. Is all or part of the claim secured? ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien. Nature of property / Naturaleza del bien: <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos <input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>Descuentos mensuales aportaciones al Sistema de Retiro</u> Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____ Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención. Value of property / Valor del bien: \$ _____ Amount of the claim that is secured / Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____ Amount of the claim that is unsecured / Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.) Amount necessary to cure any default as of the Petition Date / Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$ _____ Annual Interest Rate (on the Petition Date) Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable
11. Is this claim based on a lease? ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____

12. Is this claim subject to a right of setoff?

☐ No / No

☒ Yes. Identify the property /
Sí. Identifique el bien:

*Descuentos mensuales de aportaciones
al Sistema de Retiro*

¿La reclamación está
sujeta a un derecho de
compensación?

13. Is all or part of the
claim entitled to
administrative priority
pursuant to
11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☐ No / No

☒ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received \$ _____
by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in
which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such
debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

¿La reclamación, total
o parcial, cumple los
requisitos para ser
tratada como prioridad
administrativa
conforme al Título 11 §
503(b)(9) del U.S.C.?

Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien
recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos
casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso
normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha
reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing
this proof of claim must
sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim
electronically, FRBP
5005(a)(2) authorizes
courts to establish local
rules specifying what a
signature is.

La persona que complete
esta evidencia de
reclamación debe firmar
e indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación
de manera electrónica, la
FRBP 5005(a)(2) autoriza al
tribunal a establecer normas
locales para especificar qué
se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.

☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.

☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente
autorizado. Norma de quiebra 3004.

☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro
codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating
the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que
al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para
saldar la deuda

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is
true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la
información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que
lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 05/24/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Maria del Pilar Lopez Buica

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de
la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Number / Número

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

Email / Correo electrónico

OCAP-11A
REV. AGOSTO 1989

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA CENTRAL DE ADMINISTRACION
DE PERSONAL

2. FECHA AUTORIZACION
O.P.G.
Desde julio 1994
Hasta 31 junio 1995

NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO Y JURAMENTO
DE EMPLEADOS TRANSITORIOS

3. ADVERTENCIA AL EMPLEADO:

Escala 15

El Nombramiento transitorio no le otorga derecho a ser nombrado en un puesto en el servicio de carrera con status probatorio o regular, a menos que cumpla con el procedimiento de reclutamiento y selección establecido en la Sección 4.3 de la Ley de Personal del Servicio Público, enmendada, para cubrir puestos en el Servicio de Carrera. El nombramiento transitorio tampoco le permite ser participante del Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno y la Judicatura. Este nombramiento transitorio se efectúa para atender una necesidad temporera, de emergencia, imprevista o de duración determinada y terminará cuando desaparezca la necesidad que dio origen al mismo.

Autorizado en Hoja de eval. de costos y disp. de fondos # 1412 y 2633 del 28 junio /94

4. Nombre del Empleado:

Torres Rivera, Maria del P.
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Si se trata de una mujer casada siga este orden:

- (1) Apellido paterno seguido de la preposición "DE"
(2) Apellido del esposo y (3) Nombre

5. Número de Seguro Social

1615

6. Dirección del empleado

HC-01 Buzón 6234 Yauco, P.R. 00698

7. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad y Pueblo Servicios Sociales/Servicios a la Familia/Centro de Protección / Ponce (Yauco)

8. Título de Clasificación del Puesto Transitorio
Técnico Servicios Sociales I

9. Número de Clase
1505

10. Número del Puesto
94-576

11. Clase de nombramiento:

☒ En puesto de duración fija
☐ En puesto permanente
☐ con funciones de carrera
☐ con funciones de confianza

12. Sueldo mensual
\$ 691.00

Diferencial
\$

13. Duración del Nombramiento Transitorio

De SEP. 01 1994

Hasta 31 dic. /94

14. CERTIFICACION DEL EMPLEADO:

Certifico que no he ocupado un puesto permanente o de duración fija con status transitorio en el Servicio Público durante el período de un (1) año anterior a la fecha de efectividad de este nombramiento. Certifico además, que estoy física y mentalmente capacitado para desempeñar las funciones del puesto en el que se me nombra; que no he sido destituido del servicio público; que no he incurrido en conducta deshonrosa; no he resultado convicto por delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral; y que no soy adicto al uso habitual y excesivo de sustancias controladas o bebidas alcohólicas. Declaro que esta información es exacta y verídica y que tengo conocimiento que de descubrirse falsedad en la misma será separado del puesto en el que se me nombra.

Maria del Pilar Torres Rivera
Firma del empleado

15. Certificación de la agencia

Certifico que el puesto número 94-576, clasificado como Técnico Servicios Sociales I en el cual se nombra a Maria del P. Torres Rivera

- ☒ atenderá funciones de naturaleza temporera, de emergencia, imprevistas o de duración determinada.
☐ atenderá funciones permanentes o recurrentes mientras se crea el puesto permanente necesario.
☐ responde a las circunstancias enumeradas en la Sección 4.3 Inciso 12 de la Ley Núm. 5 del 14 de octubre de 1975, enmendada.

Especifique

6.

Enrique González Polanco, Sec. Aux. de Personal y Rec. Humanos
Firma de la autoridad nominadora o su representante autorizado Título

29 agosto 1994
Fecha

7.

JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESION DEL CARGO O EMPLEO

Yo, Maria del P. Torres Rivera, Seguro Social Núm. 1615 de 26 Soltera
(Nombre del funcionario o empleado) (Edad) (Soltero o Casado)

Técnico Servicios Sociales I y vecino de Yauco, juro solemnemente que mantendré y defenderé la
(Nombre del Cargo o Empleo) (Pueblo)

Constitución de los Estados Unidos y la Constitución y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior, que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni proposito de evadirla y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy proximo a ejercer. Así me ayude Dios.

31 de agosto de 1994
(Fecha)

Maria del Pilar Torres Rivera
(Firma del empleado o funcionario) APPROBADO
Dep. de Servicios Sociales

Declaración Jurada Número: 846

Suscrito y Jurado ante mí por Maria del P. Torres Rivera, de las circunstancias antes expresadas.

a quien doy fe de conocer personalmente o que ha sido certificado por mí.

En San Juan

de agosto de año 1994

Juan Barrera
Firma, Sello Dirección del Notario Público o del
Funcionario Autorizado que toma el Juramento



Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
San Juan, Puerto Rico

9 de septiembre de 1996

María del Pilar Torres Rivera
Administración de Familias y Niños
Local de Yauco
Región de Ponce

PLAN DE CLASIFICACION DE PUESTOS Y RETRIBUCION
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

La Secretaría Auxiliar de Personal y Recursos Humanos recibió el Formulario Descripción de Puesto sometido por usted recientemente.

A tenor con el mismo, su puesto ha sido clasificado como **Técnico de Servicios a la Familia III**. Sueldo mensual será de \$1227 efectivo al 1ro de marzo de 1996, fecha en que fuera implantado el Plan de Clasificación.

Conforme a las disposiciones de la Sección 6.4 Inciso (4), del Reglamento de Personal: Areas Esenciales al Principio del Mérito, de usted no estar de acuerdo con esta acción tendrá derecho a solicitar, por escrito, revisión ante el Comité Revisor nombrado a esos efectos, el cual pasará juicio sobre las solicitudes que se reciban dentro del término de treinta (30) días a partir del recibo de esta comunicación.

SEP 18 1996

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL NÚMERO 10-0493

Cifra de Cuenta E1110-111-1230000-1078-001-2009 Símbolo G-320-0

Unidad ☐ A
Apropiada ☒ BADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS
SERVICIOS A FAMILIAS CON NIÑOS
YAUCO - REGION PONCE

Unidad de Trabajo

Se notifica el siguiente aumento en sueldo a empleados(as) que al primero de julio de 2008 estén en servicio activo, comprendidos en las Unidades Apropiadas A y B, conforme a las disposiciones de los Convenios Colectivos vigentes del 20 de julio de 2007 al 20 de julio de 2010, Artículo XLIX, Sección 1 y Artículo L, Sección 1, respectivamente; equivalente a \$100.00 mensuales. Este aumento es efectivo el primero de julio de 2008.

TORRES RIVERA, MARIA DEL PILAR

Nombre del(de la) Empleado(a)

1615

Número de Seguro Social

DE CARRERA-REGULAR

Status del(de la) Empleado(a)

12301646

Número del Puesto

TRABAJADOR SOCIAL I

Título de Clasificación

13

Escala de Retribución

\$1,344.00

Mínimo

\$2,102.00

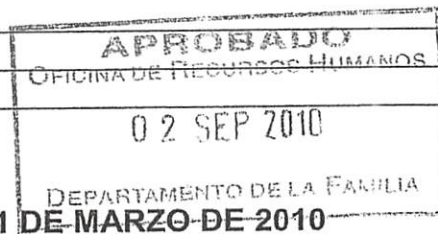
Máximo

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual (sin diferencial)	\$2,684.00	\$2,784.00

Observaciones:

Maria Luisa Torres Colon
MARIA LUISA TORRES COLON
ADMINISTRADORA AUXILIAR
INTERINA DE RECURSOS HUMANOS

Firma de la Autoridad Nominadora o su Representante Autorizado



Fecha



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

ADMINISTRACIÓN DE FAMILIAS Y NIÑOS

CERTIFICACIÓN

Certifico que la Sra. María del P. Torres Rivera, ocupa un puesto regular de Trabajador Social I en la Administración de Familias y Niños desde el 1 de noviembre de 2007 al presente.

Conforme a documentos de expediente de personal de la empleada: esta certificación se expide a petición de la señora Torres Rivera, hoy 7 de octubre de 2011.

María Luisa Torres Colón
Administradora Auxiliar Interina
Oficina de Recursos Humanos- ADFAN

/jco